

## EL PELIGRO DEL ENFERMO MENTAL Y LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA \*

Dr. R. PONS BARTRAN

A los juristas interesa mucho la peligrosidad de los enfermos psíquicos, y sin embargo, los psiquiatras pocas veces procuran satisfacer el interés que tienen por este tema. La razón es obvia, la dificultad de dar normas seguras acerca de este problema. Los juristas creen que los enfermos mentales son más peligrosos que lo que acostumbramos a observar los psiquiatras, debido a que tenemos una visión distinta del problema, pues ellos ven aquellos pacientes que han cometido algún acto antisocial mientras nosotros vamos diariamente a los hospitales psiquiátricos y a las consultas de la especialidad, nos paseamos entre enfermos por el interior de los sanatorios y nunca (o casi nunca) pasa nada.

Es difícil hacer cálculos acerca de la frecuencia de enfermos psíquicos peligrosos. Los criterios que podemos utilizar están sujetos a numerosas causas de error. Si un enfermo tiene un 10 % de probabilidades de cometer un acto antisocial, es muy peligroso, y sin embargo, el psiquiatra que formule un pronóstico de peligrosidad tie-

ne un 90 % de probabilidades de equivocarse.

Si tomamos como criterio de peligrosidad el número de pacientes que están en nuestros manicomios sometidos a procedimiento judicial, hallaremos numerosos factores que pueden alterar su proporción. En el Sanatorio de San Baudilio de Llobregat, para varones, existe un contingente de enfermos judiciales de un 10 % aproximadamente de la población total, pero este porcentaje no refleja la frecuencia de peligrosidad general de los enfermos psíquicos, por diversas razones, entre las cuales mencionaremos las siguientes:

a) Los enfermos procesados son ingresados en este establecimiento con preferencia casi absoluta a otros porque dispone de dos secciones de supervigilancia.

b) Los enfermos judiciales acostumbra a estar más tiempo internados que la mayoría de los demás enfermos, ya que existen más dificultades en concederles el alta, y por lo tanto aumenta su prevalencia dentro de la población sanatorial.

---

\* Comunicación presentada como Académico Corresponsal en la Sesión del día 5-X-65.

c) Como consecuencia de la situación deplorable por la que atraviesa nuestra asistencia psiquiátrica, existen dificultades para recluir enfermos, y ello da lugar a diversas complicaciones; por ejemplo, enfermos que cometen un acto antisocial no lo hubieran realizado de haber ingresado o haberse sometido a tratamiento oportunamente. También hay enfermos a los que se les denuncia un acto antisocial con la finalidad de conseguir un internamiento, y que en circunstancias normales no habría tenido trascendencia jurídica.

d) Existe gradación en la gravedad de actos antisociales y no todos los enfermos sometidos a procedimiento judicial suponen la misma peligrosidad.

En los certificados médicos especiales para enfermos psíquicos, hay un apartado en el que se consigna la peligrosidad del paciente, pero se hace constar con mucha elasticidad. El que suscribe el certificado a veces no cumplimenta el formulario; otras veces lo rellena con gran ligereza y, además, más o menos intencionadamente se dice por sistema que todos los enfermos son peligrosos, pues si ocurre algo luego, él puede alegar que ya se había hecho notar. También se hace constar la peligrosidad para facilitar el ingreso. Por lo tanto, la peligrosidad que se hace constar en los certificados médicos tiene un valor muy relativo.

Todos estos hechos expuestos

ponen claramente de manifiesto que no se pueden dar cifras aproximadas acerca de la peligrosidad de los enfermos psíquicos, y que éstos son imprecisos. Dada la naturaleza vital y humana de la conducta de los enfermos psíquicos ésta es siempre indeterminada y todas las presunciones son siempre estadísticas.

Creemos oportuno dar algunas normas generales que permitan justificar la orientación actual de la asistencia psiquiátrica.

I) *Un enfermo mental para ser peligroso ha de estar próximo de la normalidad.* — La creencia de que un enfermo mental es más peligroso cuanto más degenerado, enajenado y rematado, es fruto de una suposición profana de los hechos. Por el contrario, las razones para sostener el criterio opuesto son numerosas y pueden deducirse también por sentido común.

Un enfermo próximo a la normalidad es más peligroso porque puede actuar con más premeditación, su conducta es más intencional y su acción más coordinada; un acto antisocial grave puede cometerse mejor cuando está más conservada la inteligencia y la personalidad.

Cuando un enfermo es próximo a la normalidad, no se nota que está enfermo, pasa desapercibida su enfermedad y la gente no se previene, ni se toman las medidas adecuadas. Delante de un enfermo psíquico puede ocurrir que no se evidencie su estado, se enjuicie su

conducta desde un punto de vista moral y ocasione un enlazamiento de acciones y reacciones que exaltan la peligrosidad.

Esta norma tiene, además, dos consecuencias indirectas.

Una se traduce en el hecho de que el número de enfermos procesados con problemas diagnósticos y periciales sea elevado. Uno de los hechos que da lugar a discusiones y discrepancias de opinión acerca del estado mental de los enfermos judiciales que desorienta a los juristas y desacredita a los psiquiatras, está en el hecho de que, por ser enfermos próximos a la normalidad, presentan cuadros larvados, mitigados, oligosintomáticos de difícil estudio y que originan fácilmente errores médicos.

Otra consecuencia es que los enfermos peligrosos son los mismos en los que se presta a discusión la indicación de internamiento y dan lugar a denuncias de secuestro.

Un repaso de la patología psiquiátrica confirma, en particular, lo expuesto aquí en general.

Existe un grupo de enfermedades mentales en las que es clásico asignarles un llamado «período médico-legal» y que se estudia en la Parálisis General Progresiva y en la Demencia senil. Se trata de enfermedades que evolucionan con intensidad y agravación progresiva. Pues bien, el período médico-legal es aquél en que los síntomas son menos intensos, cuando la enfermedad se manifiesta por un simple cambio caracterológico, y

por el contrario, el síntoma fundamental, la demencia, es poco evidente. En este período el enfermo no tiene la capacidad de juicio para estimar las consecuencias lejanas de sus actos, pero sí lo suficiente para coordinar una acción más o menos inmediata. Ambas enfermedades pasan por un período de irritabilidad, intemperancia, vehemencia e impulsividad que facilitan la realización de agresiones verbales o de hecho. Así, se ha recomendado (aunque no se lleve a la práctica), que estos enfermos sean recluidos precozmente y se les dé la salida más adelante, cuando la enfermedad está más avanzada (particularmente para la demencia senil).

En las oligofrenias, enfermedades caracterizadas por diverso grado de deficiencia mental, la máxima peligrosidad se observa en un grupo llamado «borderline», fronterizos entre el límite inferior de la inteligencia normal y el límite superior de la debilidad mental, mientras que el grado más profundo de retardo intelectual, la idiocia, carece prácticamente de peligros.

En este grupo de «borderlines» o limítrofes, se reclutan gran número de delincuentes habituales caracterizados por tener una inteligencia que permite conocer y estimar los valores materiales del mundo, pero no lo suficiente para seguir el camino correcto para conseguirlos y tienden a la satisfacción inmediata de los apetitos, fal-

ta de continuidad en los propósitos u objetivos e incapacidad para prevenir las consecuencias lejanas de actos que define a su vez un tipo de psicópata bastante común en nuestros manicomios.

En las psicosis sintomáticas, reacciones exógenas o estados confusionales, la peligrosidad sigue la regla general, no aumenta con la intensidad, sino que se ha acreditado como peligroso cierto grado óptimo que se encuentra en los llamados «estados crepusculares» que como dice gráficamente el nombre, son intermedios entre la lucidez y el oscurecimiento de la conciencia. En estos episodios se pierde la claridad de la conciencia de modo que el sujeto no se da cuenta del alcance de sus actos, y por otro lado no se fragmenta la continuidad y coherencia de la conducta, si bien se vuelve automática. Suele existir además una gran exaltación de los afectos, y dominado el individuo por ideas de amenaza o de perjuicio, puede reaccionar con agresiones violentas y ensañamiento. Se dice que en los estados crepusculares la conciencia no está precisamente confusa, sino que está limitada, reducida o diafragmada, y que en el campo que se conserva, ésta es clara. Entonces la percepción del mundo exterior es parcial y polarizada por ciertos estados afectivos que hacen percibir un mundo hostil y amenazante, lleno de peligros y asechanzas.

Los estados crepusculares son

propios de las psicosis epilépticas y acostumbran a ser peligrosos. Una de las características más importantes de dichos estados es la limitación en el tiempo, duran unos días, unas semanas como máximo y ceden completamente, pudiendo repetir muy de tarde en tarde. Por lo tanto, resulta una exageración recluir un epiléptico indefinidamente solamente porque haya tenido algún estado crepuscular o psicosis epiléptica. El caso es distinto cuando repiten con frecuencia o se añaden trastornos psíquicos permanentes. Lo mismo puede decirse para las psicosis sintomáticas.

En la intoxicación etílica, la máxima peligrosidad no corresponde con la máxima intoxicación, sino que existe un grado óptimo que no es muy intenso. En borracheras de gran intensidad, resulta muy difícil cometer un acto peligroso, y no hace falta decir en estado de coma o próximo al coma.

En la psicosis maniaco-depresiva ocurre también algo parecido. En la melancolía es típica la tendencia al suicidio; éste es más frecuente en tristezas ligeras que en los profundos estupores melancólicos, en los cuales el enfermo está paralizado por la inhibición. En favor de nuestro punto de vista se señala la frecuencia con que algunos melancólicos se suicidan al mejorar y disminuir antes la inhibición psicomotriz que el estado de ánimo melancólico.

En la fase maniaca de la p.m.d.

hay más peligro en la hipomanía que en la manía agitada. En la primera el enfermo tiene más continuidad en sus actos, y guiado por la euforia, satisfacción, optimismo y visión fácil de los problemas, lánzase a actividades que le perjudican sin que se perciba su estado por los familiares y personas que conviven con él. En cambio, en la manía clara, así como hay una fuga de ideas, hay una fuga de propósitos y actividades, la conducta se fragmenta y no lleva ningún acto coordinado, si bien el enfermo se agita y puede agredir (lo cual es raro, pues acostumbran a ser personas de buenos sentimientos), no es posible ningún acto planeado y premeditado. Por otra parte, el estado del paciente es notoriamente anormal a los que conviven con él y es objeto de inmediata intervención médica. También se recomienda no concederles el alta precoz, pues en la convalecencia son sensibles a las influencias ambientales, por lo cual les conviene el sosiego.

En la esquizofrenia es donde resulta más difícil sentar reglas sin excepciones, pues el esquizofrénico es un enfermo del que cabe esperar todo lo inesperado, pero aun con más excepciones, el principio es válido. Es unánime entre los psiquiatras la opinión de que los esquizofrénicos más peligrosos son los paranoides y cuanto más conservada tienen la personalidad, es decir, cuanto más próximos a la normalidad.

También esquizofrénicos larvados que han presentado trastornos de conducta menores, pueden desembocar a un acto antisocial grave.

Los paranoicos es el prototipo de los «locos razonadores». La opinión actual de los psiquiatras está dividida en dos tendencias acerca del concepto de esta enfermedad. Para unos, lo más definidor de la paranoia es el concepto de delirio sistematizado; según otros, es el desarrollo de un carácter bien descrito en los tratados. Sea cual sea la opinión acerca de la paranoia, estos enfermos están acreditados como peligrosos. Esta peligrosidad es de doble filo y especialmente comprometedor de la responsabilidad del psiquiatra. Si es recluido un paranoico, es constante la reivindicación de éste y la denuncia de secuestro, y si no es recluido puede cometer alguna infracción legal, aunque, como se ha dicho, «la agresividad del paranoico se sacia más con tinta que con sangre» debido a la tendencia a que-rellarse.

II) *Los enfermos psíquicos son más peligrosos al principio de la enfermedad y pierden peligrosidad con la evolución hacia la cronicidad.*

Este principio está relacionado con el primero y tiene muchos puntos comunes con éste. En el período incipiente, los familiares o personas que conviven con el enfermo no se dan cuenta del tras-

torno, y les coge por sorpresa la enfermedad psíquica.

Es habitual que los enfermos crónicos no reconozcan estar enfermos, pero el hecho de que se les considere como tales no deja de influir en su conducta, creando cierta duda e incitándoles (precisamente porque se les considera enfermos) a comportarse mejor de lo que se comportarían en circunstancias normales. Es más raro, por el contrario, que el enfermo quiera vengarse en la familia, o el médico.

Un momento especialmente peligroso de la enfermedad psíquica es el de la «captura» del enfermo para proceder a su reclusión; muchas reacciones peligrosas de los enfermos son ocasionadas como reacción defensiva ante la tentativa de internamiento. Son muchos, y cada vez más, los enfermos que acceden de buen grado a dejarse visitar, tratar o ingresar en un centro psiquiátrico, pero la poca cultura de la gente, la manera poco hábil de plantear los familiares a su deudo la situación de su hospitalización y el concepto semicarcerario que se tiene todavía de los manicomios, puede dar lugar a actos peligrosos.

La repetición de situaciones incipientes aumenta la peligrosidad de los enfermos, y son frecuentes las enfermedades psíquicas que evolucionan a brotes, períodos, episodios, ciclos o fases, intercalándose entre éstos, intervalos de curación o mejoría más o menos lar-

gos. Cada vez que comienza un nuevo brote aumenta la peligrosidad. Esto es tan cierto, que al dar de alta un paciente, el psiquiatra tiene presente el estado actual del enfermo, pero también intenta pre-sumir el tiempo que tardará en recaer, y hay enfermos cuya hospitalización se prolonga indefinidamente debido a la frecuencia con que recae y que son muy breves los períodos de remisión.

Con los progresos de la terapéutica y asistencia psiquiátricas, se ha aumentado el número de salidas pero también el número de ingresos. Se discute la eficacia de los tratamientos actuales de las psicosis, y hay quien afirma que el número de curaciones no es mayor que antes, pero el tiempo que los enfermos estaban internados en los manicomios se consigue que estén en libertad al desaparecer gran parte de los síntomas. Esto da lugar a que las deterioraciones asilares no sean tan importantes, y al cabo de los años no llegan al grado de cronicidad que adquirirían en otras épocas por influencia del ambiente desfavorable manicomial.

Otra observación que se obtiene de las actuales terapéuticas psiquiátricas, es que muchos pacientes se mantienen en un estado de mejoría compatible con la vida social, pero que necesitan mucho tiempo para estabilizarse y recaen sistemáticamente si se suspende el tratamiento prematuramente. Así, resulta muy importante, al dar de alta a un paciente, conseguir un

control eficaz de la terapéutica extramanicomial, a cuyo fin se han creado gran número de instituciones intermedias que permiten mantener al enfermo insertado en el medio social, coartando al mínimo su libertad, pero envuelto en las mallas de la asistencia psiquiátrica. La falta de control ocasiona gran número de recaídas y situaciones peligrosas.

La asistencia psiquiátrica actual es motivo de éxitos y satisfacciones por parte de los médicos, pero su labor es menos cómoda que en otros tiempos, pues el aumento del poder terapéutico ha traído consigo un aumento de responsabilidades.

III) *Los enfermos peligrosos, lo son desde el principio.* — Un enfermo que no ha dado nunca muestras de peligrosidad, es excepcional que se vuelva peligroso más adelante. Viceversa, algunas veces, un enfermo que ha cometido un acto antisocial, vuelve a cometer otro, y no es raro el caso de un enfermo sometido a varios procedimientos judiciales.

Bajo este punto de vista, está (hasta cierto punto) justificado el no dar alta precoces a los enfermos peligrosos y prolongar prudentemente algo más que a los demás enfermos su hospitalización. Por el contrario, el que no ha dado nunca muestras de peligrosidad, a pesar de haber estado enfermo un tiempo considerable o en varias ocasiones, es más fácil mantenerle

en un tratamiento ambulatorio o darle la salida con más confianza.

La asistencia psiquiátrica actual no es de reciente creación, sino que tiene una tradición que parte del concepto que un loco, más que un enfermo, es un enajenado o alineado (el que ha dejado de ser dueño de sí mismo), y todas las leyes, reglamentos, estatutos y organizaciones, por muy humanitarias, filantrópicas, honorables y eficaces que hayan sido, no han tenido apenas en consideración, hasta recientemente, la idea que es un enfermo y consecuentemente sus necesidades médicas. Los manicomios son mitad asilo y mitad cárcel, pero de hospital tienen poco. Se ha abultado el problema de la peligrosidad traducido en una arquitectura en la que las medidas de seguridad desempeñan la función esencial, construyéndose fortalezas donde se llevaba a los enfermos para que no «hicieran ni recibieran daño», y bajo este criterio disponían de baños permanentes, celdas de aislamiento, guardianes robustos, gruesas y altas tapias y fosos, muchas puertas cerradas con llave, visitas reglamentadas de los familiares. Estas medidas de seguridad material se complementaban con medidas de tipo jurídico y administrativo que no dejan al enfermo, teóricamente o sobre el papel, iniciativa para ningún acto libre o fortuito.

En este ambiente ha debido introducirse la Medicina, y ha sido solamente la clarividencia y la

bondad de los médicos, que ha venido a mitigar y a veces traicionar este sistema carcelario de internamiento, pues todavía hoy forma parte de la colectividad el prejuicio que el internamiento es el único tratamiento posible, y los médicos tenemos que resignarnos a una asistencia con la que estamos disconformes, pero contra la que es inútil una lucha directa y una victoria inmediata.

Estamos convencidos que este sistema no solamente no ayuda médicamente a los enfermos, sino que protege a la sociedad sólo reglamentariamente o formulariamente pero no prácticamente, por las siguientes razones:

1) La asistencia semi-carcelaria no protege la sociedad. — Si los enfermos peligrosos hemos visto que son una minoría, resulta que se perjudica la mayoría de enfermos inofensivos por unos escasos enfermos peligrosos. Pero es que además se les perjudica inútilmente. En efecto, un establecimiento que es medio asilo y medio cárcel, es decir, no es todo cárcel, tiene una serie de medidas de seguridad que impedirán la peligrosidad de los enfermos inofensivos, pero no nos defenderán de los que son auténticamente peligrosos. Según nuestra experiencia, los enfermos con tendencias antisociales se les puede retener en un manicomio durante cierto tiempo, forzando las medidas represivas, pero llega un momento en que todos se fugan.

2) Necesidad de creación de establecimientos especiales. — Guiados por esta experiencia se han creado establecimientos especiales para enfermos peligrosos, o divisiones especiales dentro de grandes hospitales psiquiátricos, con la idea, más de aumentar la vigilancia de los enfermos peligrosos, que que dar más libertad a los inofensivos. Sin embargo, muchas veces caen en excesos disciplinarios en detrimento de su orientación médica.

3) Fracaso de la asistencia custodial. — El nihilismo terapéutico y la asistencia puramente custodial contribuyen a sostener la peligrosidad porque los enfermos entran tarde en los sanatorios y no salen nunca. Los manicomios se quedan atascados de enfermos crónicos y se convierten en un saco sin fondo con establecimientos de cifras fabulosas de camas, a pesar de lo cual llega un momento en que se llenan y no pueden ingresar más pacientes por falta de plazas. Así, resulta que los enfermos crónicos e inofensivos se quedan dentro del sanatorio y los enfermos agudos, incipientes, más necesitados de tratamiento y más peligrosos, no pueden ingresar.

4) Necesidad de las altas precoces y establecimientos intermedios. — Si los hospitales psiquiátricos son insuficientes (y bajo un régimen custodial no serán nunca suficientes), está fuera de duda que los enfermos que están mejor



y no hacen tratamiento, debieran salir para dejar su plaza a los que están peor y necesitan tratarse. De aquí la necesidad de crear puentes de enlace entre el manicomio y la sociedad, llamados «instituciones intermedias», dispensarios, servicios sociales, asistencia heterofamiliar, casas de convalecencia, talleres protegidos, hospitales de día, etcétera, etc.

5) Política de puertas abiertas. — La asistencia psiquiátrica actual sigue el movimiento llamado de «puertas abiertas». Puertas abier-

tas para entrar y para salir. La eficacia terapéutica depende en gran manera de la precocidad del tratamiento y por tanto de las facilidades de ingreso. Si el hospital psiquiátrico es abierto, como un hospital cualquiera, los enfermos acudirán allí con menos recelo que al manicomio. La rapidez de actuación no sólo aumenta la eficacia asistencial sino también evita la peligrosidad. Así, la orientación asistencial de puertas abiertas no solamente beneficia a los enfermos, sino que es la mejor manera de evitar la peligrosidad.

*Discusión.* — El profesor R. Sarró comenta ampliamente el sentido de la nueva legislación inglesa, al respecto. Destaca la importancia que tiene el concepto de «puerta abierta».

El doctor B. Rodríguez Arias dice que los nuevos psicofármacos, entre otros los de virtud antidepresiva, han mejorado el pronóstico, inmediato y a la larga, de los enfermos psíquicos. El aumento de la clientela ambulatoria puede crear un mayor porcentaje de situaciones peligrosas, a su juicio.

El profesor A. Pedro Pons (Presidente) no se muestra tan optimista, en cuanto a peligrosidad de origen psíquico, como el disertante.

Este, en su réplica, se muestra conforme con lo afirmado.

---